FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 47

CONTRE-INDICATIONS

DE LA

CHIRURGIE CONSERVATRICE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement, le 27 avril 1887,

PAR

M. EDOUARD RENAUD

Aide-médecin de la marine,

Né à Rochefort-sur-mer (Charente-Inférieure), le 15 février 1863.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DEMONS, professeur : *Président.*
MASSE, professeur
DUDON, agrégé } *Juges.*
PIÉCHAUD, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

ROCHEFORT-SUR-MER

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE CH. THÈZE, RUE CHANZY, 123.

1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 47

CONTRE-INDICATIONS

DE LA

CHIRURGIE CONSERVATRICE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement, le avril 1887,

PAR

M. ÉDOUARD RENAUD

Aide-médecin de la marine,

Né à Rochefort-sur-mer (Charente-Inférieure), le 15 février 1863.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DEMONS, professeur : *Président.*
MASSE, professeur
DUDON, agrégé } *Juges.*
PIÉCHAUD, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

ROCHEFORT-SUR-MER

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE CH. THÈZE, RUE CHANZY, 123.

—

1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. — M. DENUCÉ.... Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DENUCÉ.... .....
BITOT..... } Professeurs honoraires.
MICÉ... .....

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophthalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. LANDE.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIÉCHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DUDON. DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et physiologie	PLANTEAU. FERRÉ.
Histoire naturelle	NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	BERGONIÉ.
Chimie et toxicologie	N.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clin. méd. des enf.... MM. NÉGRIÉ. | Maladies vénériennes. MM. VENOT.
Clin. chir. des enfants. BITOT. | Maladies mentales.... N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements. M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

M. BAUSSAY DE CHATEAUPERT

A MA TANTE ET A MA MÈRE

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR AUBE,

Médecin de 1re classe, chevalier de la Légion d'honneur,

Secrétaire du Conseil de santé de Rochefort.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR DEMONS,

Professeur de clinique chirurgicale, à la Faculté de Bordeaux.

CONTRE-INDICATIONS

DE LA

CHIRURGIE CONSERVATRICE

AVANT-PROPOS

En intitulant cette thèse : *Contre-Indications de la Chirurgie conservatrice,* je ne me suis pas dissimulé les difficultés que je rencontrerai pour essayer de prouver ce que j'avance. Aussi, est-ce en comptant sur l'indulgence de mes juges que je me suis livré à ce travail, dans lequel j'ai été encouragé par les conseils de M. le médecin de 1re classe Aube, secrétaire du Conseil de santé de Rochefort. C'est lui qui m'a guidé dans mes recherches, en me faisant bénéficier de ses observations personnelles et de son expérience. Qu'il me soit permis de lui adresser tous mes remerciements. Je ne saurais oublier aussi ceux de mes chefs qui m'ont encouragé dans cette étude, ainsi que ceux de mes camarades qui ont obligeamment mis leurs observations à mon service.

Je remercie également M. le professeur Demons, de l'honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse. Au moment où j'allais renoncer à présenter ce sujet, c'est lui qui m'a engagé à persévérer. Je lui en suis particulièrement reconnaissant.

Dans ce travail, loin de me poser, comme on pourrait le croire, en détracteur de la Chirurgie conservatrice, je ferai ressortir, en quelques mots, les avantages qu'elle présente dans un grand nombre de cas ; mais j'essaierai de montrer, en me plaçant à

certains points de vue, que dans certaines circonstances il est difficile d'avoir recours à elle et qu'il vaut mieux agir radicalement plutôt que de chercher à conserver ce qui est presque irrémédiablement condamné. — Je me placerai au point de vue des avantages que le blessé peut retirer d'une intervention radicale-alors qu'en cherchant à lui conserver un membre dont il a déjà fait le sacrifice, on l'immobilise à l'hôpital, pendant de longs mois, sans qu'il puisse subvenir à sa famille, tout en l'exposant aux nombreuses complications qu'on rencontre dans les salles de chirurgie, même les mieux agencées.

J'examinerai aussi le cas où le médecin est obligé d'amputer, quand, par suite des circonstances et des moyens mis à sa disposition, il lui est impossible de chercher à conserver le membre du malade sans l'exposer à de nombreux dangers, comme, par exemple, dans la position de médecin de la marine embarqué. Je m'appuierai sur les quelques observations que j'ai réunies. Je regrette qu'elles ne soient pas plus nombreuses ; je sais bien qu'en un pareil sujet, il m'aurait fallu en posséder un nombre considérable ; mais le temps ne m'a pas permis de me livrer à des recherches plus longues, et j'ai dû me borner à une étude trop restreinte, je le sais, mais que néanmoins j'ai cherché à rendre aussi claire que possible, dans la mesure de mes forces.

ORIGINE DE LA CHIRURGIE

SA DIVISION

Je n'entreprendrai pas ici l'histoire de la Chirurgie, ni son éloge, je ne saurais que rééditer des choses bien connues déjà et partout vantées. Confondue depuis Hippocrate jusqu'en l'an mil, sous le nom de Science de la médecine, elle n'avait pas encore cette dualité qui, de l'an mil jusque vers le XVII[e] siècle, suscita tant de querelles et de rivalités. A cette époque, le même homme était à la fois médecin et chirurgien. Ce n'était pas encore, il est vrai, cette chirurgie telle que nous la comprenons aujourd'hui, où celui qui la pratique doit être tout à la fois un homme de science et un artiste ; mais c'était une connaissance déjà approfondie de toutes les maladies externes, aidée de l'emploi des instruments. Exercée tantôt par des hommes qui en faisaient leur unique profession, tantôt par des clercs et souvent par des prêtres, elle savait toujours soulager l'humanité et donner des résultats souvent merveilleux pour l'époque relativement barbare où elle vivait.

A partir de l'an mil, une scission s'opère parmi ceux qui s'occupent de l'art de guérir, et l'on voit naître la médecine pure, méprisant et laissant de côté la chirurgie, qui reste confiée aux mains des barbiers. Médecins et chirurgiens, cependant jaloux les uns et les autres de tenir la première place, luttent pour l'obtenir, et, comprenant bien que l'érudition seule leur donnera la priorité, ils se mettent à fouiller le corps humain et font des associations, dont la plus importante, la *Confrérie de Saint-Côme*, permet à la chirurgie de redresser la tête et de sortir des ténèbres profondes où la médecine l'avait confinée à dessein.

Je ne poursuivrai pas l'exposé de ces débats, qui semblent devoir

se terminer vers 1731, époque à laquelle paraît l'Académie de chirurgie, dont Mareschal fut le président, et un peu plus tard, en 1776, l'Académie royale de médecine. Les guerres de la République renversent tout ; mais, après la guerre, médecins et chirurgiens reparaissent à l'horizon. Ils luttent encore quelque temps pour reconnaître enfin qu'ils ne peuvent vivre les uns sans les autres. A partir de ce moment, l'accord est fait et, toute lutte intestine étant éteinte, chacun se met au travail pour le plus grand bien de l'humanité. Notre siècle voit alors la chirurgie prendre un rapide essor et devenir cette science brillante dont les audaces et les succès ne se comptent plus.

Mais si la dualité avait cherché à s'établir entre la médecine et la chirurgie, dans cette dernière branche elle-même deux écoles se font jour : l'une veut opérer partout et toujours, n'attendant d'heureux résultats que de l'emploi du scalpel et du bistouri : c'est la chirurgie radicale ; l'autre, au contraire, cherche à conserver le plus possible, attendant de la thérapeutique et du temps des succès bien plus nombreux que de l'emploi des instruments.

Aujourd'hui encore, ces deux écoles ont leurs partisans. Laquelle vaut le mieux ? Je ne saurai m'avancer au point de résoudre la question d'une manière absolue. « Après la bataille de Fontenoy, l'Académie de médecine mit à l'ordre du jour cette grave question : *Lorsqu'un traumatisme impose le sacrifice d'un membre, faut-il recourir à l'amputation immédiate ou à l'amputation secondaire ?* Suivant les traces de Bilguer, quoique d'une manière moins exclusive, Faure, dont le mémoire fut couronné, se déclara pour cette dernière ; Boucher, au contraire, préconise l'amputation immédiate, qui finit par prévaloir. Ce problème complexe a été soumis depuis à de nouveaux examens, en tenant compte de tous ses éléments. La doctrine de Boucher a été adoptée ; mais on détermine les circonstances spéciales qui réclament la temporisation. (*Dictionnaire des Sciences médicales ; art. Chirurgie, de Boyer*).

Je suis loin de nier les avantages de la chirurgie conservatrice : je reconnais avec tout le monde que dans bien des cas, elle a donné les résultats les plus heureux, et je serai le premier à y recourir, étant placé dans les circonstances convenables et que je juge indispensables pour la pratiquer. Quelle gloire, en effet, n'y a-t-il pas à conserver un membre dont le malade avait déjà fait le sacrifice en s'exagérant l'importance de la lésion? A ce titre, la chirurgie conservatrice mérite donc nos éloges et doit être recherchée chaque fois qu'on en a la possibilité. Mais dans combien de cas aussi, voulant user de temporisation, n'a-t-on pas lieu de s'en repentir, soit en immobilisant les malades à l'hôpital pendant un temps indéfini, pour en arriver à l'opération radicale, qui les aurait guéris en quelques jours, soit en se laissant surprendre par une issue funeste, qu'on n'a même plus la facilité d'enrayer quand le malade est arrivé à un trop grand état de faiblesse? Je ne veux parler ici que des opérations qui se pratiquent sur les membres et ne point m'attaquer aux cures des organes internes. Et à ce point de vue même, je me hâterai de faire une distinction entre les membres supérieurs et les membres inférieurs, dont les fonctions et les usages sont loin d'être les mêmes ; je ne saurais mieux faire à ce propos, pour différencier le genre d'opération à pratiquer et l'avantage de la temporisation pour tel ou tel cas, que de m'appuyer sur la physiologie et le fonctionnement des membres. C'est ce dont je vais m'occuper dans le paragraphe suivant.

PHYSIOLOGIE ET FONCTIONS DES MEMBRES

En voulant parler de la physiologie des membres, je n'ai pas l'intention de reprendre les recherches qui ont été faites sur ce sujet, ni les expériences d'un grand expérimentateur, Duchêne de Bou-

logne, sur la contractilité musculaire. Il me faudrait mettre en lumière l'action des muscles les uns par rapport aux autres, et entreprendre une démonstration faite par des voix plus autorisées que la mienne. Un rapide aperçu tel que je le pourrais faire n'en donnerait qu'une idée incomplète et sortirait du cadre que je me suis tracé. Mais, d'un autre côté, la différence de structure du bras et de la jambe peut déjà permettre de différencier les usages de l'un et de l'autre.

Tous les deux, composés de parties semblables, présentent quatre segments : d'un côté, l'épaule, le bras, l'avant-bras et la main; de l'autre, la hanche, la cuisse, la jambe et le pied. Mais, en les formant ainsi, la nature s'est appliquée à les façonner de telle sorte que chacun d'eux rend des services variés. Aux membres supérieurs, nous trouvons des os relativement frêles, délicats, opposés à la solidité et à la force de ceux qui composent le membre abdominal. D'un côté, des articulations excessivement mobiles, permettant tous les mouvements, flexion, extension, pronation et supination; de l'autre, des articulations massives, solides, ne donnant que la flexion et l'extension, car, il faut bien le dire, les mouvements de rotation en dehors et en dedans sont excessivement limités. Au bras, tout est fait pour la grâce, la justesse et la rapidité des mouvements; à la jambe, tout est approprié en vue de la résistance au poids qu'elle est obligée de supporter ; à l'avant-bras, tandis que les deux os jouent l'un sur l'autre, à la jambe le péroné et le tibia se renforcent simplement sans articulation mobile; aux doigts, sous les muscles, la gracilité des os et les articulations concourent à leur donner le plus de dextérité possible; aux pieds, au contraire, l'action des muscles ne s'exerce que dans une mesure restreinte, ne devant fournir qu'un point d'appui solide et une base de sustentation ferme ; tout est disposé dans ce but. En un mot, la nature a mis entre ces deux membres une différence de conformation en rapport avec la diversité de leur emploi. Leurs usages, en effet, sont loin

d'être les mêmes, et il suffit de les passer en revue pour s'en rendre un compte exact. Au bras, j'en vois deux principaux : la préhension et le tact, qui sont hors de pair et qui nous donnent une grande partie des notions que nous avons sur le monde extérieur. Par la préhension qui se fait par la main, le riche comme le pauvre, l'ouvrier comme l'artiste, le vulgaire écrivain aussi bien que le poète et le littérateur, cherchent à reproduire les conceptions de leurs pensées. N'est-ce pas la main, en effet, qui tour à tour manie le burin et la plume, tient l'épée ou guide la charrue, et tous les mouvements qui se passent dans les doigts ne sont-ils pas également nécessaires pour les usages de chaque jour ? N'est-ce pas la main qui nous donne la notion du froid et du chaud, de mollesse et de dureté, d'étendue ? Quel appareil, même le mieux perfectionné, pourrait remplacer cet instrument de chair et d'os, d'une nécessité incontestable ? La prothèse qui, de nos jours, est arrivée à des résultats vraiment étonnants, n'a pas encore pu trouver et ne trouvera jamais le moyen de donner le tact à ses appareils artificiels, ni de rendre la préhension sûre et facile. Le ténor Roger put bien se servir du bras artificiel qui remplaça le bras qu'un accident lui avait enlevé ; mais il ne dut qu'à l'habitude et à un exercice continu les effets qu'il obtint, et jamais ses doigts, si bien articulés fussent-ils, n'eussent pu servir son talent, si, au lieu de charmer par la voix, il eut été obligé de briller dans l'art des Raphaël et des Michel-Ange. En un mot, au membre supérieur, la conservation est de nécessité absolue, et chaque fois qu'on a l'espoir et des chances de pouvoir l'obtenir, tout doit être tenté dans ce but.

Au membre inférieur, au contraire, les usages sont moins variés, puisqu'il ne sert qu'à soutenir le poids du corps, et à la locomotion. Ici, les mouvements sont plus indépendants, et si, par un traumatisme, le membre pelvien est supprimé à partir du genou, la prothèse pourra néanmoins donner au malade un appareil perfectionné qui lui permettra de vaquer à son travail et de marcher parfois sans

qu'on s'aperçoive de son infirmité. Ici, il ne faut plus un membre délicat, mais un support solide, rendu plus facile à manier par les articulations et les perfectionnements que tous les constructeurs ont apportés dans leurs appareils. L'articulation *coxo-femorale* étant saine pourra faire manœuvrer un membre artificiel, ce membre fût-il inflexible dans toute sa hauteur. N'est-ce pas ce qu'on obtient, quand dans certaines affections du genou on cherche l'ankylose pour éviter l'amputation. La marche est, il est vrai, moins gracieuse, moins rapide ; mais qui pourrait dire, à première vue, si le malade se sert d'un membre ankylosé ou d'une jambe de cuir et d'acier.

C'est donc ainsi que la prothèse peut nous servir le plus utilement ; c'est ici que le chirurgien éprouve moins d'hésitation à agir radicalement quand la nécessité l'exige. Aussi au membre inférieur, quand une lésion importante n'en permet pas la conservation, l'amputation faite dans les meilleures conditions est indiquée, et telle opération devant laquelle on hésite pour le membre thoracique présente plus de chances de réussite pour le but définitif qu'on se propose, quand il s'agit du membre abdominal.

LA CHIRURGIE DANS LA PRATIQUE CIVILE ET DANS LES HOPITAUX

J'ai essayé d'établir la différence des résultats à obtenir selon qu'il s'agit du membre supérieur et du membre inférieur ; et je puis maintenant entrer dans le vif de ma démonstration en envisageant successivement les différents points de vue que j'ai indiqués dans mon introduction. Et tout d'abord, parlons du temps que l'une ou l'autre méthode, la temporisation ou la chirurgie radicale, mettront à obtenir le résultat désiré. Ici se présente, en premier lieu, un facteur important, et que le chirurgien doit prendre en considération : la position de fortune du malade qu'il est appelé à soigner.

L'homme riche qui n'a pas à s'occuper du pain du lendemain et qui a les ressources de la fortune pour subvenir aux besoins de sa famille, hésitera longtemps avant de se résoudre au sacrifice d'un membre, quelque grand que puisse être le traumatisme dont il est atteint. Pour lui, la question n'est pas de savoir s'il pourra gagner dans un temps plus ou moins long sa vie avec le membre malade ; avant tout, il tient à le conserver. Aussi, voyant le médecin anxieux et indécis sur le meilleur parti à prendre, s'attachera-t-il avec une ténacité sans égale au : « Peut-être » du chirurgien, quand il aura demandé à celui-ci : « Docteur, me conserverez-vous ma jambe ? »

S'il s'agit du membre supérieur, il luttera pied à pied, car il ne voudra pas qu'on puisse dire de lui, en le voyant sans le connaître : « C'est un manchot! » La prothèse a beau donner des résultats admirables, plus imparfaits, comme je l'ai déjà dit, pour le bras que pour la jambe ; si le malade entrevoit la moindre chance d'éviter une opération, même en conservant un membre inutile et parfois gênant, il insistera auprès du médecin pour que celui-ci attende de la thérapeutique et du temps sa guérison, et, dût-il rester plusieurs mois au lit, voire même une année, ce sacrifice n'en sera pas un pour lui, assuré qu'il est de ne manquer de rien pendant son traitement.

Mais, pour le pauvre, pour l'ouvrier, qui demande au travail de ses bras, au bon état de ses jambes, le pain de chaque jour, il n'en est plus de même. Lui aussi, désireux de conserver ses membres, songera d'abord à se garder contre toute tentative d'amputation; mais si le chirurgien lui inspire confiance, s'il sait lui montrer combien sera longue la guérison et surtout à combien d'incertitudes et de dangers il s'expose, il n'hésitera pas à faire le sacrifice d'un membre dont le médecin ne peut en rien lui assurer le parfait fonctionnement. Et surtout, s'il s'agit du membre inférieur, quand on lui aura indiqué les avantages qu'il peut retirer d'un appareil prothétique bien conditionné ; quand il saura que, même avec une jambe de moins, il pourra se servir de ses bras et pourvoir à l'existence

de sa famille, il se livrera aux mains du chirurgien et la chirurgie radicale comptera un succès de plus.

Car, dans la médecine des ouvriers, il y a à tenir grand compte de leurs besoins, de leur peu de fortune, et quand la chirurgie conservatrice ne vous montre que du doute et de l'incertitude, ne vaut-il pas mieux faire un sacrifice, et, par une amputation immédiate, dès que le diagnostic en est posé, le soustraire aux chances de mort qu'il peut avoir ? Quelquefois, en cherchant à conserver une jambe à un malade, on le rend impropre à tout service en le forçant à se servir de deux béquilles, comme dans le cas qui fait l'objet de l'Observation n° 1, que je cite un peu plus loin. Dans une fracture comminutive, par exemple, compliquée de plaie, telle que celle que je cite dans mes Observations, on a affaire à un immense travail de réparation. Ce travail, confié aux soins de la nature et aidé par une thérapeutique qui, en fin de compte, ne donne que ce qu'elle peut donner, sera-t-il complet ? De plus, cet effort de la nature, étant réparti sur plusieurs points, ne se produira-t-il pas, dans le cas de fracture comminutive que je prenais tout à l'heure, au lieu d'un cal osseux, dur et résistant, un cal fibreux, donnant au membre la consistance d'un caoutchouc mal durci, inutile pour l'usage qu'on a l'habitude d'en faire. Je ne parle pas des plaies, qui peuvent être autant de complications, ni des esquilles, dont on attend si longtemps l'issue. Toutes ces conditions réunies immobilisent pendant des mois le malade à l'hôpital, et souvent entraînent enfin une opération, qui, en privant le malade de son membre impotent, lui procure à la fois une guérison plus rapide et le met enfin en état de travailler.

En face des inconvénients dont je parlais tout à l'heure, et que l'on retrouvera tout au long dans mes Observations, ne vaut-il pas mieux recourir de suite à l'amputation, surtout quand il s'agit du membre inférieur. La prothèse en ce cas est facile. Dans les hôpitaux, l'Etat donne déjà des appareils perfectionnés qui remplacent le membre inférieur ; et quand il ne le fait pas, la charité publique et la

bonne camaraderie y pourvoient en donnant à l'amputé l'appareil dont il a besoin. Je ne parlerai pas du vulgaire pilon, de cet humble support, auquel on songe à peine aujourd'hui ; auquel cependant certains amputés ont encore recours quand ils ne peuvent s'habituer à leur appareil, et qui peut-être est encore le meilleur ; mais, pour n'en dire que quelques mots, combien de services n'a-t-il pas rendus à un grand nombre de blessés, à combien n'a-t-il pas permis de marcher et de se livrer plus tôt au travail ?

Donc, en temporisant, on retient l'homme à l'hôpital pendant des mois entiers ; les dépenses faites par lui ou par l'Etat pour obtenir une guérison souvent douteuse sont excessives ; et pendant ce temps sa santé s'affaiblit bien souvent, par suite des efforts qu'il est obligé de faire pour aider le travail réparateur de la nature. Pendant ce temps, le père de famille étant impuissant à gagner sa vie, la famille reste dans le besoin, et je crois inutile de dire ici où la misère conduit. Au contraire, dès que le chirurgien dans son âme et conscience a jugé qu'une amputation était indispensable, il faut y recourir de suite et substituer à des lésions souvent effrayantes des plaies d'amputations simples et, comme chacun le sait, d'une guérison rapide et facile.

COMPLICATIONS DES PLAIES, LEUR IMPORTANCE AU POINT DE VUE DE LA TEMPORISATION.

J'arrive tout naturellement ici à considérer un autre point de vue, qui me permettra de montrer sous un autre jour les inconvénients de la temporisation. Chacun sait, en effet, à combien d'accidents et de complications sont exposées les plaies de grande étendue ; j'aurais nommé les principales en prononçant les noms de pyohémie, de septicémie, et de pourriture d'hôpital. Quel est le chirurgien qui,

dans sa carrière médicale, n'a pas été effrayé en voyant les ravages causés sur les blessés par ces affections redoutables ; et les efforts de tous ceux qui s'en sont occupés n'ont-ils pas cherché de tout temps à les combattre en diminuant les chances d'infection, en perfectionnant l'hygiène des salles de blessés, et en inventant une foule de liquides et de pansements antiseptiques, capables ou d'arrêter le germe infectieux, ou de le détruire, quand il s'est emparé de la plaie. Point n'est besoin de faire l'histoire de ces terribles complications et d'exposer les théories qui ont été émises pour en expliquer l'origine. Qu'il nous suffise de dire que les moyens employés pour les combattre sont les mêmes, et les règles posées pour en empêcher l'éclosion se ressemblent beaucoup. Il faut, disent la plupart des chirurgiens, combattre ces accidents par une médication tonique, une aération continuelle des salles de blessés, l'emploi des pansements et de liquides antiseptiques, et isoler les malades le plus possible pour que l'un d'eux ne soit pas une cause d'infection pour son voisin.

Ces règles sont sans doute excellentes, et chaque fois que la chose est possible, on s'empresse de les mettre en pratique ; mais dans combien de cas n'est-on pas arrêté, soit par le petit nombre de médicaments mis à la disposition du chirurgien, le mauvais arrangement des hôpitaux, l'encombrement qui se produit dans certaines conditions ?

En ce cas, n'y a-t-il pas danger à laisser le malade s'éterniser à l'hôpital, s'affaiblir par une suppuration abondante? Plus le traumatisme est grand, plus le séjour à l'hôpital est prolongé, plus aussi les chances d'infection sont nombreuses, et plus est lourde la responsabilité du chirurgien qui n'a pas osé par une opération, substituer une plaie généralement de peu d'étendue à des délabrements considérables.

Je sais bien que les complications que je citais plus haut peuvent également atteindre les plaies linéaires d'amputation. On me dira

que souvent la réunion par première intention ne s'effectue pas et que la suppuration s'établit dans la plupart des cas. Il n'est pas moins vrai cependant que cette suppuration est moins abondante et qu'ici les pansements antiseptiques, de Lister, par exemple, ou ouatés d'Alphonse Guérin, sont plus faciles à appliquer que lorsqu'il s'agit de protéger un membre entier.

Par la temporisation on voit des malades devenir hectiques, et alors pour guérir une plaie qui ne veut pas se fermer, une fracture comminutive avec esquilles, qui ne veut pas se consolider, un ulcère qui, après avoir rongé les parties molles, s'attaque aux os et poursuit son chemin malgré les cautérisations de toutes sortes, une suppuration qui devient fétide et d'une abondance extrême, on se voit souvent obligé de recourir à l'amputation qu'on avait différée dans l'espoir d'un meilleur résultat. Mais alors cette amputation est-elle pratiquée dans les conditions favorables qui se présentaient au début ? Non, à mon avis. Car le malade, affaibli par toutes les causes que j'énumérais tout à l'heure, ne peut plus faire les frais d'un nouveau travail réparateur, et bien souvent l'amputation secondaire n'est que la dernière étape du blessé vers une issue fatale.

Se basant sur les résultats ainsi obtenus, la chirurgie conservatrice a établi des statistiques de succès ou de mort dans lesquelles tous les éléments ne sont pas pesés avec la même impartialité, et, voyant que les amputations secondaires ne donnaient que peu d'heureux résultats, elle a avancé d'une manière générale, que les opérations causaient plus de morts que la chirurgie conservatrice. C'est une erreur ; la façon dont je viens d'examiner les choses doit faire comprendre la différence de la marche suivie, qui entraîne fatalement une différence dans les résultats.

A ce propos, je citerai ce passage d'une thèse soutenue à Paris par le docteur Mareschal, où ce chirurgien, s'appuyant sur l'autorité de Spillmann, présente d'une autre façon la différence des résultats

obtenus. « Spillmann fait observer avec beaucoup de raison, suivant nous, dit Mareschal, qu'il se fait une déplorable confusion lorsque l'on compare les résultats de la chirurgie conservatrice à ceux de la chirurgie éliminatrice. D'ordinaire, en effet, on ne met que deux faits en balance : la mortalité succédant aux essais de conservation, et celle qui suit l'ensemble des amputations. Aujourd'hui, l'on admet généralement que les opérations primitives réussissent souvent mieux que les secondaires. Or, ces dernières ne sont exécutées qu'après l'échec avéré des essais de conservation. Dès lors, quand, par une opération secondaire sur le membre, on obtient des résultats plus fâcheux que par une opération primitive, il est juste de mettre l'excédent de la mortalité de l'opération secondaire à la charge de la chirurgie conservatrice, puisque l'obligation de cette amputation vient précisément de l'insuccès des tentatives de conservation. » (*Fractures par coups de feu, Thèse de Mareschal, Paris, 1868*).

Je n'ajouterai rien à cette critique, et de tout ce paragraphe je conclurai qu'il y a avantage, quand l'indication s'en présente, à soustraire le malade, par une opération immédiate, à toutes les complications qui, chacun le sait, augmentent dans une grande proportion la mortalité des blessés, plutôt que de le laisser s'affaiblir et courir à une mort que la gravité du traumatisme rend parfois si probable.

Je n'ai pas parlé de l'érysipèle, je n'en dirai que quelques mots. C'est encore un des accidents qui s'attaquent fréquemment aux grandes plaies. Je l'ai vu plusieurs fois amener une issue funeste, malgré l'amputation pratiquée loin du point envahi, et je connais des hôpitaux qui n'ont pas, quand ce genre de complication se présente, de salles distinctes pour pouvoir séparer les malades érysipélateux de ceux qui ne sont pas encore atteints. Dans ces conditions, quel ne doit pas être l'effroi du chirurgien quand il a à craindre la contagion de cette affection pour les blessés nombreux qu'il a en

traitement ; et quelle hâte ne doit-il pas avoir de les voir guérir rapidement et sortir d'un hôpital qui devient un foyer pestiféré et mortel.

CHIRURGIE D'ARMÉE

Je viens d'envisager aussi clairement qu'il m'a été possible, ce qui arrive dans les villes, dans la pratique civile, dans les hôpitaux où les ressources sont grandes et où l'on a à sa disposition tout ce dont on a besoin. Il me reste maintenant à parler de la chirurgie militaire, tant de celle qui se pratique pendant les armées en campagne que de la chirurgie navale. Ici les conditions sont loin d'être les mêmes. Et tout d'abord parlons de la chirurgie d'armée.

A la guerre, surtout maintenant que des masses considérables d'hommes s'entrechoquent et que les blessés se comptent par milliers, la chirurgie conservatrice n'est plus possible. Chacun connaît la manière de procéder à la guerre. Parmi les blessés apportés à l'ambulance, les uns à cause de la légèreté de leurs blessures peuvent être pansés immédiatement et retourner au combat ; d'autres ont des lésions tellement graves, on les apporte dans un état de prostration telle que tenter sur eux une opération immédiate serait leur donner la mort du même coup. Pour ceux-là, l'intervention chirurgicale est différée jusqu'à ce qu'ils soient sortis de l'état de torpeur dans lequel ils se trouvaient et qu'ils puissent supporter le choc opératoire. D'autres, au contraire, peuvent être amputés immédiatement, et pour eux c'est la meilleure chance de salut. Enfin il y en a quelques-uns (ce sont les privilégiés) pour lesquels l'opération, bien que souvent indiquée, peut être remise, en attendant que la chirurgie conservatrice ait tenté ce qu'il est possible de lui demander, sans espoir cependant d'arriver à des

résultats, mais avec l'idée qu'une opération secondaire pourra encore les sauver si des complications ne viennent à surgir. Malgré tout, à la guerre on n'a pas le temps de délibérer longtemps ; il faut agir vite, si on veut avoir quelque chance de sauver son malade. « Quelque cruelle que puisse être une opération, dit Larrey, elle est un acte d'humanité entre les mains du chirurgien, dès qu'elle peut sauver les jours d'un blessé qui sont en danger ; et plus le danger est grand et pressant, plus les secours doivent être prompts et énergiques. *Ad extremos morbos extrema remedia exquisite optima.* (*Hippocrate.*) »

En campagne, comment temporiser ? Les blessures qu'on y remarque présentent toutes les variétés : membres écrasés, éclats d'obus, fractures comminutives avec délabrement considérable, plaies de toute espèce donnant lieu à des hémorrhagies terribles. Où mettre ces malades, dans un pays qui peut être envahi par l'ennemi ou devenir le siège d'une nouvelle bataille ? Où les envoyer et comment les envoyer avec leurs membres pantelants, pour qu'ils ne soient pas cahotés et soumis à mille dangers ? Ici plus que partout ailleurs la chirurgie éliminatrice s'impose.

« Lorsqu'un membre blessé par un coup de feu ne peut être conservé, dit Larrey, il faut l'amputer sur le champ. Aux armées, plusieurs circonstances font sentir davantage l'urgence de l'amputation :

« 1° L'inconvénient de transporter les blessés du champ de bataille aux hôpitaux militaires sur des voitures mal suspendues, dont le cahot produirait un tel dérangement dans la blessure et dans tout le corps que le plus grand nombre périrait pendant le trajet, surtout s'il était long et si le chaud et le froid étaient extrêmes ;

« 2° Le danger d'un long séjour dans les hôpitaux, danger que l'amputation diminue beaucoup en convertissant la blessure d'arquebuse en une plaie susceptible d'une prompte guérison, et en réduisant les causes du développement de la fièvre et de la pourriture d'hôpital ;

« 3° Les cas où l'on est obligé d'abandonner les blessés. Il importe alors d'avoir fait l'amputation, parce que, l'opération faite, ils peuvent rester quelques jours sans être pansés et que les pansements sont ensuite plus faciles. (*Larrey, Mémoires de Chirurgie militaire, tome II*). »

Du reste, même dans les hôpitaux, où ces malheureux vont être entassés, la situation ne sera pas meilleure, et pour attendre qu'une amputation secondaire soit possible, on ne peut les laisser en aussi grand nombre exposés à toutes les complications qui naissent de l'encombrement. Même dans les circonstances les plus calmes, la temporisation ne laisse pas au chirurgien toute la liberté d'agir que l'on suppose. Sur 100 blessés qui semblent pouvoir supporter les accidents immédiats de leur lésion, il y en a un grand nombre qui succombe à ces accidents. Chez quelques autres, les phénomènes inflammatoires se continuent de manière à ne pas permettre l'amputation. Tous les chirurgiens ont vu, après des traumatismes graves, la fièvre se prolonger, la tuméfaction et l'inflammation locale s'étendre, se compliquer de foyers purulents, de telle sorte que la mort arrive sans qu'on ait trouvé l'instant favorable pour amputer, ou que, si on opère en désespoir de cause, on le fait dans des conditions tellement mauvaises, que le succès est presque impossible. Parmi les blessés soumis à la temporisation, il en reste donc un petit nombre assez privilégié pour résister aux orages primitifs de leurs blessures, qui auraient très probablement résisté à l'amputation immédiate, et qui cependant ne résisteront pas à l'amputation secondaire dans une aussi grande proportion que leurs camarades opérés dans les premiers instants. On arriverait donc par la temporisation à des résultats déplorables, et ce serait manquer à son devoir que de ne pas oser sacrifier un membre qui sera peut-être une cause de mort pour le blessé.

CHIRURGIE NAVALE.

Si, après avoir envisagé le médecin d'armée, je considère maintenant le chirurgien embarqué à bord des bâtiments, je trouve que la chirurgie conservatrice est tout aussi difficile. En effet, si, dans la pratique civile, même dans les conditions les plus défectueuses, on peut trouver encore, à la rigueur, un endroit pour traiter son malade et des moyens pour le secourir, quand sa position de fortune lui permet d'attendre, à bord des bâtiments il n'en est plus de même.

Là on a pensé à tout; les soutes à vivres sont bien fournies, les soutes à poudre et les magasins d'armes sont bien approvisionnés; quant à l'hôpital, c'est généralement la dernière question dont on s'occupe. Il semble qu'après avoir songé à tout, on ait oublié que dans une traversée, longue ou courte, il puisse y avoir des malades; et quand l'hôpital existe, il est établi dans de telles conditions et d'une exiguité telle, que c'est bien souvent là moins qu'ailleurs que le chirurgien songera à mettre ses blessés.

A bord du *Seignelay*, par exemple, qui avait 200 hommes d'équipage, et sur lequel j'ai été embarqué pendant 14 mois, nous avions une pharmacie où une personne seule pouvait à peine se tenir. Quant à l'hôpital, il n'y en avait point. Par bonheur, n'ayant pas d'aspirants, nous pûmes utiliser le poste qui leur était réservé. C'était un espace de 1 mètre 50 au carré à peu près, où nous pouvions mettre un lit; le jour et l'air y arrivaient par un hublot de 20 centimètres de diamètre environ. Placé à côté de la machine, la température y était continuellement d'au moins 40°. Dans ces conditions, comment y tenter de faire de la chirurgie conservatrice, nécessitant presque toujours un long séjour au lit, des appareils hyponarthéciques, des

pansements variés, une immobilité absolue, toutes choses que le roulis continuel du bâtiment, le nombre relativement restreint des médicaments mis à notre disposition, et l'absence totale d'appareils spéciaux nous empêchaient de réaliser. Il ne fallait cependant pas songer à mettre les malades sur le pont, où le roulis était le même, ni dans aucune autre partie du navire, où l'aération était si défectueuse.

Pouvions-nous d'un autre côté mettre nos hommes à terre ? Non. A Hodeidah ni à Obock, où la température de 40° rendait la vie insupportable même aux mieux portants, il n'y avait pas d'hôpital. A Aden, c'eût été cruauté que de les laisser dans le seul hospice de la ville, ressemblant plus à un tombeau ou une prison qu'à un asile de malades. Nous ne pouvions les envoyer qu'à Suez ou les rapatrier en France, d'où des frais considérables et tous les dangers d'une traversée. En cas de combat même, je me demande dans quelle situation nous nous serions trouvés si nous avions eu seulement dix blessés, les uns avec des fractures comminutives compliquées, les autres avec des membres arrachés. Ce que je dis du *Seignelay* peut s'appliquer à la plupart des bâtiments, car c'est à peine si, à bord des cuirassés et des grandes frégates, dont l'équipage est considérable, on trouve des hôpitaux convenables.

Dans ces conditions, forcé de garder ses blessés à bord, il vaut mieux pour eux, quand le cas paraît l'exiger, recourir immédiatement à une amputation plutôt que d'attendre du temps une guérison non seulement incertaine, mais même aventureuse, pour ne pas dire impossible. Je vais plus loin et j'avance que non seulement la chirurgie éliminatrice s'impose, mais encore telle opération plutôt que telle autre. J'en prends à témoin Saurel, qui traite cette question dans son livre intitulé : *De la chirurgie navale.* « Quant aux procédés opératoires, dit-il, on doit donner le plus souvent la préférence à ceux qui sont les plus simples et d'une exécution facile, au moins à la mer. Il faut viser à un résultat prompt, sans négliger aucune des

indications qui peuvent en assurer le succès. A la mer, les amputations sont préférées aux résections, tandis qu'à un mouillage prolongé, cette opération pourrait être tentée. Dans une lésion du pied ayant laissé intacts les os du tarse, l'amputation tarso-métatarsienne ou médio-tarsienne serait indiquée, mais un mauvais temps pourrait s'y opposer, on en serait alors réduit à faire l'amputation sus malléolaire. »

Bien entendu, il n'est pas besoin d'agiter la question des complications qui peuvent survenir, aussi bien à bord qu'à terre, dans un hôpital, et dont je parlais dans un paragraphe précédent. En face de la septicémie, de l'infection purulente ou de la pourriture d'hôpital, le chirurgien se trouverait désarmé. Car comment procurer à ces blessés les soins réclamés par ces affections, et qui consistent, comme on le sait, en aération bien entendue, isolement, nourriture tonique et variée, pansements antiseptiques fréquents. Toutes ces indications seraient irréalisables, car comment isoler des malades, quand les hommes sains sont obligés eux-mêmes de vivre dans la promiscuité la plus grande? Où les mettre pour que les conditions d'hygiène soient les mieux remplies? Comment leur procurer une nourriture variée et tonique, si on est à la mer depuis longtemps et si les endroits où mouille le bâtiment ne sont pas mieux approvisionnés que ceux que j'ai vus dans ma campagne de la mer Rouge?

Encore une fois, à bord comme sur le champ de bataille, temporiser est un danger quand cela ne constitue pas déjà une impossibilité; et, dans ce cas, le médecin, confiant dans son habileté et les ressources de son art, doit inspirer au malade la même confiance et le décider à faire le plus tôt possible le sacrifice d'un membre pour lequel on n'a pas d'espoir de guérison, surtout, je le répète encore, si c'est du membre abdominal qu'il s'agit.

J'ai pris le chirurgien dans les principales conditions dans lesquelles il peut se trouver placé; je me suis efforcé de montrer que dans bien des cas il n'était pas libre de faire ce qu'il voulait et

devait abandonner la chirurgie conservatrice pour une amputation. Je ne saurais mieux faire maintenant que de citer les quelques observations que j'ai recueillies et qui, malheurensement, ne sont pas en grand nombre. Je les ai empruntées, pour la plupart, au service chirurgical de l'hôpital militaire de Rochefort. Je ne critiquerai pas les procédés opératoires, laissant le soin de le faire à de plus compétents que moi ; je me bornerai à faire suivre de quelques réflexions celles de mes Observations qui me paraîtront les plus saillantes, et en me plaçant uniquement au point de vue du bénéfice qu'a à retirer le malade de l'opération pratiquée, et des avantages qu'il aurait pu obtenir si on avait visé moins à l'économie et si on avait un peu plus songé à le mettre en état de gagner rapidement son existence et celle de sa famille.

OBSERVATION N° 1.

FRACTURE SIMPLE DE LA CUISSE ET FRACTURE COMMINUTIVE DE LA JAMBE, COTÉ GAUCHE.

Baillif (Alexis), charpentier, âgé de 50 ans, entre à l'hôpital le 3 mars 1869. Cet ouvrier présente plusieurs lésions fort graves du membre inférieur gauche, lésions produites par la chute d'un fléau de balance, qui est tombé sur lui d'une hauteur de deux mètres, pendant son service dans le port.

On remarque :

1° Au niveau de la partie inférieure de la jambe, une déformation considérable. Une plaie, de 0^m 03 de diamètre, ne laisse aucun doute sur la cause première de cette difformité, car elle donne issue au péroné. On remarque, en effet, qu'en ce point les deux os qui constituent la jambe ont été brisés : le tibia en bec de flûte, aux dépens de sa face postérieure, le péroné perpendiculairement à son axe. Le pied est déjeté en dehors et le fragment aigu du tibia fait saillie sous la peau. Il existe en ce point un épanchement sanguin assez considérable. (Cette première fracture est produite par une cause directe, la chûte du levrier) ;

2° Au niveau de la partie inférieure de la cuisse, une deuxième fracture ayant porté sur le fémur, qui, comme le péroné, est brisé perpendiculairement sur son axe ; il y a eu un chevauchement des fragments assez considérable pour que l'on observe un raccourcissement manifeste de la cuisse.

Le malade a été momentanément placé dans un appareil spécial improvisé, composé d'un plan incliné pour la cuisse et d'une plan-

chette hyponarthécique horizontale pour la jambe. L'état du malade est satisfaisant.

4 mars. — L'appareil est enlevé, un examen attentif démontre de la crépitation vers la partie supérieure et externe de la jambe ; on l'attribue à une fracture de la partie supérieure du péroné. De plus, au niveau de la fracture inférieure, on reconnaît, à leur mobilité, quelques esquilles. Après avoir remis les fragments en place, on substitue à la planchette hyponarthécique une gouttière en fil de fer matelassée, et suspendue au ciel du lit.

Du 6 au 12 mars. — Accès de fièvre fréquents.

12 mars. — Gonflement considérable occupant toute l'étendue de la jambe.

19 mars. — Bandage dextriné de la cuisse.

21 mars. — Par la plaie inférieure écoulement abondant d'un pus rougeâtre, sous l'influence de la pression.

24 mars. — Une contre-ouverture a été pratiquée au niveau de la fracture à la partie externe de la jambe, pour éviter la stagnation du pus, que des pressions répétées suffisaient à peine à faire sortir par la plaie existante.

1er avril. — Le bandage dextriné qui maintenait la fracture fémorale, a été coupé, puis resserré avec des liens.

30 avril. — Application d'un bandage dextriné. Le malade marche avec des béquilles, en appuyant légèrement sur sa jambe, le cal jambier étant peu résistant et pas encore imprégné d'éléments osseux.

23 mai. — La consolidatien du tibia n'est pas encore complète.

Exeat seulement, le 30 septembre 1869.

Cet homme est donc resté à l'hôpital *du 3 mai 1869 au 30 septembre* de la même année. A sa sortie, les fractures de la jambe n'étaient pas mieux consolidées qu'au mois de mai, et le malade, obligé de se servir de béquilles, avait par ce fait les bras immobilisés. Pendant sept mois, Baillif a été forcé de faire les frais de réparation de cette fracture multiple et de suffire à la suppuration de ses plaies. Aussi la consolidation a-t-elle été incomplète; et, par la suite, cet homme, que le docteur Aube n'a pas perdu de vue, n'a pu se servir de son membre inférieur.

En présence de ce fait, je me demande s'il n'aurait pas été préférable de recourir à une amputation, qui eût abrégé son séjour à l'hôpital, et qui, avec un appareil prothétique, lui eût permis, en le dispensant de béquilles, d'avoir un support solide, tout en lui conservant la liberté de ses bras.

OBSERVATION N° 2.

FRACTURE COMMINUTIVE DE LA CUISSE GAUCHE. — INFECTION PURULENTE.

Martineau (Pierre), charpentier, âgé de 39 ans, entre à l'hôpital le 15 avril 1869. Étant occupé à manœuvrer des pièces de bois, cet homme a été frappé à la cuisse gauche par un anneau de fer très lourd, fixé à une courroie, et a été renversé par le choc. On a constaté, au niveau du tiers inférieur de la cuisse, une plaie produite par le choc direct de l'anneau, à bords déchirés et contus, intéressant la peau et le *facia lata*, et qui permet au vaste externe de faire hernie en dehors. Une hémorrhagie capillaire assez forte se fait par ce point et ne peut être arrêtée qu'avec le perchlorure de fer. Il

existe encore vers ce point sans doute, une fracture directe du fémur ; le gonflement considérable du membre ne permet pas de constater le point précis où elle siège, la forme des fragments et leur nombre. Une crépitation sourde a pourtant pu être perçue en imprimant à la jambe des mouvements de latéralité sur la cuisse.

18 avril. — On constate à la partie interne de la cuisse blessée, une ecchymose très forte et un gonflement considérable du membre. Réaction fébrile.

19 avril. — Même état; de plus, un peu de suppuration par la plaie. Etat moral du sujet très mauvais. On peut aujourd'hui déterminer le point précis de la fracture à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen.

21 avril. — Hier au soir, une rougeur érysipélateuse s'est montrée au pourtour des plaies, qui, peu à peu, envahit tout le membre. Au côté externe, un peu de suppuration par la plaie. Le fragment inférieur tend à percer la peau en dedans.

22 avril. — Pouls fébrile à 120. Le pus a fusé en ce point et a décollé la peau dans une longueur de 0^m12.

23 avril. — L'érysipèle remonte jusqu'au niveau de l'aine. Œdème considérable de la jambe. Pouls fébrile à 110.

24 avril. — Contraction permanente des muscles élévateurs de la lèvre supérieure. Pouls fébrile à 120.

2 mai. — Depuis la dernière observation on a remarqué chez cet homme des accidents de septicémie ; un foyer purulent s'est formé au-dessous de l'aponévrose du facia lata au point d'implantation des fibres du tenseur. Une large incision a donné issue au pus ; la plaie largement débridée est pansée au coaltar saponiné.

7 mai. — La cuisse rend énormément de pus fétide, la plaie

supérieure bourgeonne, mais le pus qui a fusé le long des gaines aponévrotiques baigne les deux fragments.

10 mai. — La suppuration est extrêmement abondante, elle a envahi tout le segment supérieur du membre fracturé. De plus, il existe à cause de la position forcément tenue par le malade des eschares au sacrum.

L'amputation du membre lésé est décidée ; le malade accepte l'opération.

11 mai. — Ce matin, l'amputation a été faite par la méthode circulaire, au niveau de la partie moyenne de la cuisse après chloroformisation préalable. La manchette a été réunie par trois épingles placées à la partie supérieure ; la partie inférieure a été laissée ouverte pour donner une issue facile aux produits de l'inflammation. Le soir, le pouls est très fréquent, mais assez développé à 136 pulsations ; la langue est bonne ; la soif peu vive.

16 mai. — La suppuration est toujours abondante et fétide par la plaie du moignon et par la plaie de la partie supérieure de la cuisse. La jambe droite est excessivement douloureuse au niveau de l'articulation du genou. Pouls petit et fréquent à 144.

21 mai. — Mort, à deux heures du matin.

OBSERVATION N° 3.

CARIE D'UN CUNÉIFORME. — AMPUTATION SUS-MALLEOLAIRE.

Tenneau (Gabriel), matelot, âgé de 22 ans, entre à l'hôpital, le 8 juin 1873, pour blessure au pied. A la partie moyenne du bord interne du pied droit de ce blessé, on voit une saillie rouge foncé,

tirant sur le noir, avec quelques petits points ulcérés. La peau est presque complètement mortifiée. Cette tumeur est ouverte sans douleur, et on en fait sortir un pus abondant, mêlé de bourbillons.

10 juin. — Le fond de la plaie est grisâtre ; les bords en sont rouges, douloureux ; jusqu'au 6 juillet, écoulement continuel de pus.

6 juillet. — On arrive avec le sylet sur une surface friable, où l'on pénètre assez facilement ; il paraît probable qu'on est sur le deuxième cunéiforme ; on porte deux cautères olivaires dans le fond de la plaie.

9 août. — On constate la présence d'un foyer purulent à la partie externe du pied, à trois centimètres en dehors de la plaie. Le pus qui s'est écoulé est abondant. Jusqu'au 14 octobre, le malade a de fréquents accès de fièvre et ses forces diminuent sensiblement. Les os du torse sont toujours malades. Sur le bord interne du pied, on peut voir une collection purulente tout à fait analogue à la précédente. Même chose sur le bord externe du pied.

17 novembre. — La suppuration continuant toujours, et l'état du malade étant toujours grave, l'amputation du pied est décidée pour le 18 novembre. On a soin de réséquer les malléoles et de laisser le plus de peau possible, pour avoir un moignon bien fourni. Quand on examine le pied enlevé, on trouve que les os du tarse sont rongés, friables ; le calcanéum et l'astragale sont ramollis et criblés de cavernes renfermant du pus. A partir de l'opération, la plaie se cicatrise fort bien, sans donner lieu à des complications, si ce n'est, en janvier 1874, deux petits abcès placés près du moignon et qui retardent un peu la cicatrisation complète.

Exeat, le 16 mai 1874.

Voilà un malade qui est resté onze mois et demi à l'hôpital, pour une blessure dont la gravité s'est accentuée tous les jours. Affaibli

par la suppuration intarissable que relate l'Observation, quelle aurait été la fin du traitement, si on ne s'était enfin décidé pour l'amputation, la seule opération indiquée, car la résection de l'un des os du tarse ne permettait pas d'espérer à coup sûr la guérison, puisqu'on ne savait au juste quel était l'os atteint, et qu'au contraire l'abondance de la suppuration semblait indiquer que tout le tarse était malade. Malgré tout, pendant onze mois, cet homme, sans parler des complications qu'il pouvait courir, n'a pu gagner sa vie, est resté inutile à l'Etat et à sa famille, et n'a dû son salut qu'à une opération trop longtemps différée.

OBSERVATION N° 4.

PLAIE DU PIED. — DÉSARTICULATION DU DEUXIÈME ORTEIL GAUCHE. — AMPUTATION DE CHOPART. — AMPUTATION SUS-MALLÉOLAIRE.

Au mois de juillet 1884, le second-maître armurier Quénaud (Gabriel), âgé de 27 ans, étant en train de river des tôles, a reçu sur le pied gauche une enclume appartenant à la canonnière le *Niger*, et pesant envion 40 kilogrammes. Le pied fut écorché à la face dorsale; mais, dès les jours suivants, la plaie s'agrandit beaucoup, et un mois après environ, fut atteinte de gangrène. A ce moment, on désarticula le deuxième orteil gauche, le plus malade.

L'ulcère récidivant, gagnant les parties profondes et rongeant les os, on fut obligé de pratiquer l'amputation de Chopart. A partir de ce moment, le malade, évacué sur Kita, sur Badoumbey et Saint-Louis, est enfin expédié en France. La plaie ne s'est pas guérie; à un certain moment même, les vers l'ont envahie.

A son entrée à l'hôpital, on constate que le lambeau plantaire n'est

pas réuni au lambeau dorsal. Il existe une plaie qui suit le lambeau plantaire, partant de la partie interne du pied, au-dessous de la malléole, et allant jusqu'au point correspondant, à la partie externe. Du 5 août 1885 au 1er avril 1886, les moyens les plus variés sont employés pour arriver à la cicatrisation de la plaie, qui s'obtient malgré des complications nombreuses.

Le malade, sorti le 1er avril, rentre le 27 : la plaie s'est ouverte de nouveau et suppure. Le 4 mai, on pratique la désarticulation de Jules Roux. A l'examen du plateau inférieur du tibia, on constate un pointillé rougeâtre, qui fait décider l'amputation sus-malléolaire de la jambe gauche. Commencement d'ostéite. Au moyen de la scie, on fait sauter la partie inférieure du tibia. On a placé un drain et quatre points de suture. Jusqu'au 16 juillet, la cicatrisation va très lentement, arrêtée par des hémorrhagies légères, un peu de gonflement du moignon, des douleurs vives et des accès de fièvre fréquents qui incommodent le malade.

16 juillet. — Le moignon va mieux. Un liquide sanguinolent mêlé d'un peu de pus mouille le pansement et sort à la pression par l'ouverture du drain, suppuration qui ne diminue que peu à peu jusqu'au 25 août. On a découvert un trajet fistuleux qui se comble difficilement, paraît se fermer plusieurs fois, pour toujours se rouvrir.

17 septembre. — Le malade sort complètement guéri, muni d'une bottine de Jules Roux.

Cette Observation fait ressortir les trois opérations auxquelles a été soumis ce second-maître. Placé dans des conditions déplorables pour obtenir la guérison, n'aurait-il pas mieux valu peut-être tenter de suite, au lieu de l'amputation de Chopart, l'amputation sus-malléolaire, ou de la jambe au tiers inférieur. Remplacer dans le Chopart, le pied par un pied artificiel, ne procurait pas au blessé un

grand avantage, tandis qu'actuellement avec la bottine de Jules Roux qu'il possède, cet homme marche aussi bien que s'il avait un pied naturel. Pendant quatorze mois, Quénaud est demeuré à l'hôpital, sans compter le temps passé au Gabon, c'est-à-dire plus de deux ans, pendant lesquels l'Etat n'a pu retirer de lui aucun service, tandis que ce malade s'est trouvé dans une situation pleine d'incertitude, qui s'est terminée enfin par l'ablation du pied. Ne m'est-il pas permis de me demander en cette occurrence si la chirurgie radicale n'aurait pas dû être préférée dès le début ?

OBSERVATION N° 5.

ULCÈRE DE LA JAMBE. — AMPUTATION DE CUISSE.

Barbu (Jean-Baptiste), matelot, âgé de 23 ans, entre à l'hôpital le 11 juillet 1885. Il a été atteint au Sénégal d'ulcère de la jambe, il y a huit mois. Cet ulcère n'a fait que s'accroître sous l'influence de piqûres de moustiques. Le malade, envoyé pendant six mois à l'hôpital de Saint-Louis, a été pansé à la poudre de charbon et quinquina, ainsi qu'au camphre et citron. Le tibia est mis à nu.

A son entrée, on constate un ulcère comprenant toute l'étendue de la jambe gauche en avant et sur les côtés. Le fond de la plaie est fongueux, saignant ; les bords en sont mal définis ; les tissus rongés laissent à nu le tiers moyen du tibia, à la face duquel s'est formé un séquestre très peu mobile. Suppuration abondante et maigreur extrême du malade.

12 juillet. — La plaie, couverte d'une bouillie grisâtre, d'odeur fétide, est cautérisée tous les matins au thermo-cautère ou au perchlorure de fer. Pour ce faire, on est obligé d'endormir le

malade. Ses douleurs sont horribles et lui font pousser des cris déchirants quand on le panse. — La plaie est envahie par la pourriture d'hôpital.

30 juillet. — Le malade sous l'empire de ses souffrances a tenté de se suicider en se pendant à la verge de son lit. Sur ses instances et ses menaces, on décide l'amputation.

1er août. — L'opération est exécutée. La bande d'Esmarck appliquée, on fait un grand lambeau antérieur descendant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de la rotule, et un petit postérieur descendant jusqu'au pli du jarret. On dissèque la peau et on coupe les muscles au niveau de la peau retractée. On scie le fémur juste au-dessus des condyles. Pansement de Lister.

Dès le troisième jour, la peau commence à s'ulcérer, la plaie d'amputation se recouvre d'enduit pultacé qu'on touche à la teinture d'iode et au thermocautère. L'extrémité du fémur fait hernie au milieu du moignon et prend un aspect nécrosé. Le malade végète ainsi sans qu'on puisse obtenir la cicatrisation. Il reprend cependant un peu de vigueur sous l'influence du régime tonique qui lui est administré.

20 octobre. — On décide une nouvelle opération pour enlever l'extrémité du fémur nécrosé. Pour cela, on incise tout autour du fémur les téguments qui se sont cicatrisés ; puis, sur le côté externe de la cuisse, on fait une incision qui permet de dénuder le fémur sur une plus longue étendue. On a ainsi une manchette de muscles et de peau assez bien nourrie ; on résèque 5 à 6 centimètres de fémur qu'on avait voulu économiser la première fois.

21 février 1886. — Le malade est mis exeat, en attendant un appareil prothétique.

Si l'observation rapporte exactement les deux opérations subies par Barbu, ce qu'elle ne dit pas, ce sont les souffrances intolérables de ce malheureux, les cris et les supplications déchirantes qu'il nous adressait quand nous le pansions. Combien de fois n'a-t-il pas réclamé l'amputation jusqu'au jour où sa tentative de suicide nous y obligea? Mais, au lieu de lui couper la cuisse au lieu d'élection, pour économiser 5 à 6 centimètres de fémur, on le laissa exposé à une seconde opération. Un appareil prothétique pouvait s'appliquer aussi bien, même mieux, dans le second cas que dans le premier. Pour en arriver à la seconde intervention, le malade a subi toutes ces complications, qui ont retardé sa guérison et l'ont obligé à un séjour de sept mois et demi à l'hôpital, sans compter les huit mois de souffrances endurées au Sénégal. Ici, la temporisation devait être absolument exclue et l'amputation était, malgré la faiblesse du malade, la seule ressource qu'il eût de revenir à la vie, et qui lui permît de faire dans le moins de temps possible les frais de réparation qui l'épuisèrent pendant si longtemps en pure perte.

OBSERVATION N° 6

PLAIE PAR ARME A FEU AU GENOU. — AMPUTATION DE LA CUISSE AU TIERS INFÉRIEUR. — SECONDE AMPUTATION AU TIERS SUPÉRIEUR.

A la bataille de Sontay, le nommé Génot, sergent à la légion étrangère, reçoit un coup de feu qui lui fracture l'articulation fémoro-tibiale. Le plateau du tibia et les condyles du fémur sont brisés ; toutes les parties molles environnantes sont fortement contusionnées et dilacérées. L'articulation complètement traversée ne permet plus aucun mouvement. Une fièvre violente se déclare chez le blessé, et

pendant un moment le chirurgien craint de ne pouvoir intervenir. Le troisième jour après la blessure, on décide l'amputation au tiers inférieur de la cuisse, et elle est supportée par le malade avec le plus grand courage. Mais, pour la pratiquer, on a soin d'économiser le plus de parties molles environnantes, que l'on sectionne à très peu de distance des points où s'est limitée la contusion. Pendant le premier mois, la cicatrisation semble devoir se faire rapidement ; mais bientôt le moignon, qui avait d'abord paru bien fourni, s'amincit et donne enfin issue à l'extrémité du fémur. Dès lors, tout travail de cicatrisation s'arrête ; et le malade, considérablement affaibli, est envoyé en France. A son arrivée à Toulon, c'est-à-dire trois mois après avoir été blessé, il est soumis à une seconde amputation pratiquée à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de la cuisse. Ce sergent, mis alors dans des conditions de guérison très favorables, se relève peu à peu des fatigues subies pendant la traversée, et dès lors la cicatrisation ne se fait plus attendre.

Il sort de l'hôpital de Toulon complètement guéri, muni d'un appareil prothétique et pourvu d'une pension de retraite.

OBSERVATION N° 7

OSTÉITE SUPPURÉE DE L'ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE GAUCHE. — AMPUTATION DE LA JAMBE.

M. Aymé (Edouard), commis du commissariat, âgé de 37 ans, entre à l'hôpital le 29 novembre 1881. Il a fait, à sept ans, une chute d'un deuxième étage, et s'est fracturé les deux jambes au niveau des malléoles. Depuis, il s'est toujours ressenti dans l'articulation tibio-tarsienne gauche de douleurs vives. Il est entré à l'hôpital pour

ostéite suppurée. On constate une déformation des deux articulations tibio-tarsiennes avec gonflement, rougeur et douleur très vive de l'articulation gauche. La peau est fortement tendue. On remarque au niveau de la malléole externe deux fistules qui donnent accès sur des os saignant au moindre contact. De plus, du côté de la malléole interne se trouve une tumeur volumineuse et fluctuante qui, une fois incisée, donne issue à un écoulement purulent assez abondant.

Jusqu'au *7 juillet 1882*, on cherche, par tous les moyens possibles, à amener la guérison ; mais la suppuration ne fait que s'accentuer ; les douleurs augmentent.

7 juillet. — Le malade souffrant beaucoup de l'articulation tibio-tarsienne gauche, une opération est proposée et consentie. Après chloroformisation, on constate l'impossibilité de conserver quelques os du torse et de se borner à une résection. L'amputation de la jambe gauche est pratiquée au tiers inférieur. Les tissus auxquels on a affaire sont lardacés, les artères se déchirent facilement ; enfin, après deux heures de patience, on finit par pouvoir maintenir les ligatures. Un pansement de Lister est appliqué.

Pendant tout le mois de juillet, le malade souffre beaucoup de son moignon et est sujet à des accès de fièvre fréquents.

10 août. — La cicatrisation marche assez lentement, mais sans encombre ; la suppuration devient de moins en moins abondante.

3 décembre. — L'état général est excellent ; le malade demande à sortir pour attendre chez lui l'appareil prothétique qui a été commandé à son intention.

J'ai déjà noté à la suite des observations précédentes les mêmes faits qui se sont produits pour ce malade. Dès le début, en voyant

cette ostéite suppurée et ses progrès rapides, on avait songé à une résection. Si elle eût été pratiquée, quel avantage aurait-elle procuré au malade? Le pied privé de l'un ou de plusieurs des os qui font son union aurait-il pu par la suite supporter le poids du corps, et n'aurait-on pas rendu cet homme impotent pour toute sa vie? De plus même, en réséquant, dans le pied où les os se tiennent si étroitement, et où la suppuration avait dû amener des désordres plus grands qu'il ne le paraissait, était-on sûr d'enlever toutes les parties atteintes et de ne pas être obligé plus tard d'intervenir plus radicalement.

L'amputation a été préférée ; c'était, je crois, le meilleur parti à prendre. Pratiquée après sept mois d'essais de conservation infructueux, elle a été suivie, comme on le voit, d'une rapide guérison, et depuis cette époque M. Aimé vaque à ses travaux journaliers, plus incommodé souvent, il le dit lui-même, par sa jambe droite, fracturée et déformée en même temps que l'autre, que par son appareil artificiel.

OBSERVATION N° 8

ARTHRITE DU POIGNET DROIT. — RÉSECTION DU POIGNET. AMPUTATION DE L'AVANT-BRAS.

Pommiés (Charles), infirmier, âgé de 20 ans, entre à l'hôpital le 3 janvier 1885. Il y a trois mois, cet infirmier étant en service, fit un effort, la main étant élevée, pour retenir un matelas. La main droite fut fortement rejetée en arrière et il sentit à ce moment une douleur dans le poignet.

L'articulation fut pendant quelques jours le siège d'un gonflement

douloureux, puis tout disparut. Depuis environ deux mois, les douleurs ont reparu et le malade ne peut plus aujourd'hui continuer son service. On constate du gonflement de l'articulation avec douleur provoquée par les mouvements qui sont très limités.

Du 22 janvier au 3 mars. — La tuméfaction s'étend au coude ; de vives douleurs se font sentir dans tout l'avant-bras et empêchent le malade de dormir. Les mouvements du poignet sont abolis. De petits abcès se forment au coude, à la paume de la main, ainsi qu'à sa face dorsale et donnent lieu à une abondante suppuration.

24 avril. — Toutes les lésions sont localisées au niveau du poignet droit, qui est gonflé d'une façon considérable et présente des plaies fongueuses sur ses bords interne et externe. La main, qui est dans la pronation, se trouve luxée en avant du carpe ; la tête du cubitus est très augmentée et forme un énorme relief. Les mouvements communiqués s'effectuent dans tous les sens au niveau du poignet et les mouvements volontaires ne sont conservés que dans les doigts. On décide de faire la résection du poignet.

Le malade est endormi avec le chloroforme et l'hémostase préventive est faite avec la bande d'Esmarck. Deux incisions sont pratiquées : l'une, longitudinale, suivant le bord interne du radius à 6 centimètres au-dessus de l'articulation ; l'autre, transversale, sur la partie moyenne du poignet. Les tendons extenseurs sont découverts et épargnés ; l'articulation est ouverte. L'apophyse styloïde du radius est atteinte d'ostéite raréfiante ; les os du carpe sont plongés au milieu de fongosités, leur tissu ramolli s'enlève avec l'ongle. Les cartilages diarthrodiaux intacts sont enlevés avec les curettes. Les apophyses du cubitus et du radius sont réséquées et les fongosités enlevées. On brûle celles qui restent au fond de la plaie avec le thermocautère qui sert également à arrêter l'hémorrhagie. On réunit les lèvres de la plaie par des sutures entortillées, et on applique le pansement de Lister.

Jusqu'au 8 mai, les pansements sont fréquemment renouvelés, et les points de suture enlevés. Suppuration peu abondante.

8 mai. — Dans le but d'immobiliser la partie malade, tout en permettant de faire les pansements, deux moules en gutta-percha sont placés : l'un à la partie supérieure de l'avant-bras, à partir de l'articulation du coude ; l'autre à la main, qui est renfermée dans une véritable gaîne. Mais, à partir de cette époque, jusqu'en juillet, la tuméfaction de l'articulation augmente , la suppuration devient extrême ; la plaie se recouvre de fongosités impossibles à enlever. L'état du malade s'aggrave.

17 juillet. — Pommiès étant endormi subit l'amputation de l'avant-bras au tiers supérieur. On garde deux lambeaux, l'un antérieur, l'autre postérieur ; on les coupe à la Ravaton, puis on sectionne les os qui ont été reconnus sains. Les artères sont liées et le pansement de Lister est appliqué. Jamais de fièvre depuis le jour où l'amputation a été pratiquée.

23 juillet. — Hémorrhagie abondante provenant de la cubitale. On est obligé d'appliquer la petite bande d'Esmarck et l'hémorrhagie s'arrête. Le malade a perdu environ une poêlette de sang. Le pansement est refait. A partir du 27 juillet, la plaie marche sans encombre vers la cicatrisation. Les bourgeons charnus trop exubérants sont cauterisés au nitrate d'argent. La plaie pansée à l'alcool camphré donne peu de suppuration.

24 septembre. — La plaie est complètement cicatrisée. Le malade sort avec un appareil prothétique.

OBSERVATION N° 9.

FRACTURE COMMINUTIVE DU CÔUDE. — RÉSECTION DU COUDE
AMPUTATION DU BRAS.

Geoffroy (Louis), 51 ans, entre à l'hôpital, le 22 octobre 1886. Cet homme a eu le bras gauche pris entre les tampons de deux wagons. Le bras a été atteint tranversalement. Un peu au-dessous du pli du coude, on constate une plaie peu étendue, de 3 à 4 centimètres. Rien au radius ni au cubitus. Contusion énorme des parties. Le malade refusant l'amputation, on fait la résection de la partie inférieure de l'humérus. On incise le long du bord externe de l'humérus et un peu obliquement au niveau de l'olécrâne ; on enlève les débris de l'humérus divisé en dix-sept ou dix-huit fragments et on scie l'extrémité à environ 5 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire. Plusieurs points de suture et deux drains traversants sont placés. Pansement antiseptique de Lister.

30 octobre. — Le malade a la fièvre depuis le jour de l'opération ; toute la partie de peau contusionnée s'est sphacélée, laissant une large plaie à fond grisâtre de 8 à 9 centimètres. On enlève les épingles qui tirent les bords de la plaie. Pas de réunion. Le fond de la plaie, dans lequel on aperçoit le bout de l'humérus, est sphacélé. Douleurs excessives depuis l'opération. La plaie est lavée à l'eau phéniquée et au chlorure de zinc.

27 novembre. — La plaie qui, jusque-là, s'était bien détergée, se recouvre de petites plaques pultacées peu adhérentes, disséminées surtout sur le bord externe.

28 novembre. — La plaie est entièrement envahie par la pourriture d'hôpital et est très douloureuse jusqu'au 13 décembre ; on cautérise fréquemment, tantôt au thermocautère, tantôt au perchlorure de fer; on enlève ainsi une épaisse couche de fausses membranes. Les douleurs sont excessives.

23 décembre. — Les eschares produites par les dernières cautérisations étant tombées, on aperçoit au-dessous d'elles une nouvelle couche de fausses membranes de couleur grisâtre. Les muscles ont perdu leur coloration normale et sont d'un gris brunâtre.

29 décembre. — On décide l'amputation du bras au tiers supérieur. Le malade chloroformisé et l'hémostase étant obtenue par la bande d'Esmarck, on procède à l'opération par la méthode circulaire, avec une incision longitudinale externe. Les surfaces cruentées sont touchées au thermocautère. Un drain est placé dans la plaie, pansement de Lister avec une couche d'ouate en plus.

13 janvier. — Le moignon est douloureux; on remarque dans la partie inférieure de la plaie une mince pellicule blanche.

14 janvier. — Les téguments ont un aspect presque livide ; la plaie est envahie par des fausses membranes, les bords sont œdématiés. On la soupoudre de chlorate de potasse et on applique par dessus une couche de coton hyrophile, imbibé de liqueur de Van Swieten.

23 janvier. — Depuis trois jours, on panse le malade avec une pommade composée de goudron et de térébenthine à parties égales, sous l'influence de laquelle la tuméfaction des bords de la plaie diminue sensiblement et finit par disparaître.

10 mars. — Le moignon est entièrement cicatrisé.

Je n'ai cité ces deux opérations, faites sur le membre supérieur, qu'à titre d'exception. Ici sans doute la conservation devait être recherchée ; cependant, malgré tous les efforts, l'amputation n'a pu être évitée et a seule pu donner un résultat heureux. Et pourtant Dieu sait avec quelle sollicitude jalouse les deux opérateurs, M. Fontorbe, pour le premier, et M. Bodet pour le second, veillaient à leurs malades, ne laissant à personne autre le soin de les panser.

Malgré tout, des complications de toutes sortes ont, comme on le voit, retenu ces deux hommes à l'hôpital, et il a fallu s'ingénier pour combattre, même après l'amputation, les conditions déplorables dans lesquelles ils s'étaient trouvés placés, par suite des opérations précédentes, de la suppuration qui en avait été la conséquence, et des efforts infructueux qu'ils avaient été obligés de faire pour obtenir la guérison. Dans ces deux cas, la Chirurgie conservatrice a trompé les espérances qu'on avait conçues, alors pourtant que tout se trouvait réuni pour qu'il fût indiqué d'avoir recours à elle en premier lieu.

OBSERVATION N° 10

PHLEGMON DU PIED

Lafleur (Othon), matelot, âgé de 22 ans, entre à l'hôpital, le 15 octobre 1885. Il y a un mois et demi environ, cet homme est tombé violemment de voiture sur le pied gauche. Il a ressenti à ce moment une forte douleur. Depuis ce jour s'est déclaré un phlegmon du pied, intéressant la face dorsale du pied. Douleur excessive.

21 octobre. — Le gonflement du pied augmentant, on incise le phlegmon, et il en sort une quantité abondante de pus phlegmoneux mêlé de sang.

30 octobre. — En imprimant des mouvements à la partie antérieure du pied, on sent aux environs de la plaie une sorte de crépitation ressemblant au bruit que produirait le frottement de deux surfaces articulaires rugueuses l'une sur l'autre. On est obligé de placer plusieurs drains à la face dorsale du pied pour donner issue au pus abondant qui s'en écoule.

8 février 1886. — Incision de la partie moyenne de la face plantaire où la fluctuation a été reconnue. Une sonde cannelée enfoncée par cette ouverture vient buter contre une surface osseuse dénudée, située au niveau de la partie interne de la tête du 1er métatarsien. Un stylet, introduit par une ouverture située à la partie interne et supérieure de la face dorsale, pénètre après avoir subi une courbure à concavité antéro-supérieure dans le trajet suivi par la sonde cannelée. Un drain y est placé.

10 avril. — L'écoulement purulent est de plus en plus abondant ; tous les tissus du pied sont considérablement engorgés. Il existe à la face interne de la cuisse plusieurs traînées de lymphangite. Engorgement des ganglions inguinaux.

20 juin. — L'amélioration, qui, ces jours derniers, avait paru se faire sentir, ayant fait place à un état plus grave, l'amputation est décidée. En raison de la douleur extrême déterminée par la pression de l'astragale, il est très probable que cet os est atteint ; mais, n'en ayant pas la certitude, on se décide à commencer l'opération par une sous-astragalienne, se réservant d'enlever ensuite l'astragale si, à l'inspection, cet os est reconnu malade. Le malade est endormi au chloroforme ; puis l'on pratique la sous-astragalienne en traçant le lambeau de Jules Roux. La tête de l'astragale est atteinte. Aussi

après avoir lié les vaisseaux (opération assez longue parce qu'ils sont compris dans un tissu lardacé, et par suite difficiles à saisir) on enlève cet os. Un drain est placé dans la plaie, dont les lèvres sont réunies par 12 points de suture. Le moignon est enveloppé de ouate et le malade est porté sous une tente.

Du 25 juin au 29 juillet, on refait très souvent le pansement en prenant toutes les précautions d'usage et l'on constate que la suppuration diminue, et que la plaie est en bonne voie de cicatrisation.

29 juillet. — Poussée inflammatoire de la partie externe du moignon, engorgement des ganglions de l'aine ; rougeur du sacrum. Peu à peu ces symptômes alarmants finissent par s'amender.

Jusqu'au 25 août, le pansement est encore refait plusieurs fois; la suppuration n'est pas très abondante. A partir de cette époque, la plaie du moignon marche lentement vers la cicatrisation, qui est enfin obtenue après des alternatives diverses et les pansements antiseptiques les plus variés.

Au 1er février 1887, le malade est toujours à l'hôpital, guéri, mais ne pouvant pas marcher, ou, tout au moins, obligé pour faire un trajet très court, de se servir de deux béquilles.

Voici un malade qui, pour un simple phlegmon au pied, est resté seize longs mois à l'hôpital, pour arriver, malgré l'opération, à ne pouvoir se servir de son membre amputé. S'appuyant sur l'autorité de Tillaux, le chirurgien qui l'opéra avait laissé les deux malléoles.

Je n'ai pas à discuter la valeur du procédé opératoire ; ma compétence n'est pas assez grande pour le faire, bien que cette méthode, je puis l'avancer sans crainte, soit condamnée par beaucoup de chirurgiens. N'eût-il pas mieux valu faire l'amputation sus-malléolaire? Le malade se fût trouvé dans le cas de Quénaud et d'Aimé, déjà

cités, et eût pu retirer d'un appareil prothétique les avantages que le procédé opératoire employé ne lui a pas donnés. Je vois donc ici un exemple de plus de malade restant à l'hôpital pendant un temps indéfini, inutile à lui-même et aux autres, et sans espoir de pouvoir se servir de sa jambe, à moins qu'on n'ait recours à une nouvelle opération. L'amputation sus-malléolaire aidée des pansements antiseptiques si répandus aujourd'hui, n'eût pas offert plus de dangers que la désarticulation tibio-tarsienne qui a été faite; et si je me place au point de vue du résultat final et de l'avantage qu'en eût retiré le malade, je crois pouvoir dire qu'elle eût été bien préférable et n'eût pas forcé cet homme à attendre, seize mois, une guérison qui, en fait, ne peut pas être regardée comme satisfaisante.

OBSERVATION N° 11

TUMEUR BLANCHE DU GENOU. — AMPUTATION DE LA CUISSE.

Ronan, fusilier au 37e de ligne, âgé de 25 ans, né à Bastide, de petite taille et d'une constitution frêle, entre à l'hôpital de Strasbourg le 9 novembre 1848 pour tumeur blanche du genou gauche, affection datant de huit mois, et paraissant due à un simple effort, en faisant des armes. Le genou se tuméfie lentement sans empêcher Ronan de continuer son service. Deux mois plus tard, apparut autour de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius droit, une tumeur bleuâtre, peu douloureuse, d'apparence chronique et de nature scrofuleuse qui devint fluctuante, fut ouverte et donna issue à une assez grande quantité de pus sanieux.

Le genou finit également par suppurer. De nombreux abcès s'ouvrirent autour de l'articulation ; suppuration abondante, fétide et grisâtre ; douleur vive, sans être notablement augmentée par les

mouvements, bien qu'il fut facile de constater avec le stylet la carie et la dénudation des os.

Les médications les plus variées ayant échoué sans donner le moindre espoir de guérison, on crut le malade trop faible et d'une santé trop altérée pour pouvoir supporter heureusement une amputation et l'on se borna à calmer les douleurs par des topiques narcotiques dans la prévision d'une terminaison prochaine et fatale.

Mars et avril se passèrent sans aggravation marquée. Malgré l'extrême abondance de la suppuration, l'appétit et le sommeil se soutinrent. Ni sueurs, ni diarrhée, ni fièvre hectique. En voyant une telle résistance vitale, nous pratiquâmes, le 9 mai 1849, l'amputation de la cuisse par notre méthode.

Aucun accident ne survint : le moignon se cicatrisa en grande partie, mais divers abcès se formèrent du côté de l'aîne, où de vastes tumeurs ganglionnaires persistantes commencèrent à suppurer. Aujourd'hui, 26 décembre 1849, huitième mois de l'amputation, Ronan a repris un grand embonpoint, une santé excellente et se dispose à se rendre dans ses foyers pour y jouir de la pension de retraite qu'il a obtenue. (*Observation XIV, Contribution à la Chirurgie, de Sédillot*).

OBSERVATION N° 12

ÉCRASEMENT DU PIED. — AMPUTATION TARSO-MÉTATARSIENNE. — INFECTION PURULENTE. — MORT.

Daniel Klein, 46 ans, de Strasbourg, entra à la clinique de la Faculté, le 14 août 1849. Ce malade, d'une constitution molle et lymphatique, avait eu le pied gauche écrasé par un tonneau de vin, qui

lui avait échappé des mains au moment où il le descendait à la cave en le faisant glisser alternativement d'une marche sur l'autre.

Le pied était fendu longitudinalement sur le milieu de sa face dorsale et en croix à la face plantaire. La première phalange du gros orteil était luxée au travers des téguments, les os du métatarse brisés en plusieurs endroits et arrachés de leurs articulations tarsiennes, les chairs réduites en bouillie. Nous ne crûmes pas, malgré notre habitude de chercher à sauver les membres les plus compromis, qu'il fut possible d'espérer la guérison de pareils désordres, et nous pratiquâmes immédiatement l'amputation tarso-métatarsienne par notre procédé à lambeau interne.

L'opéré alla bien jusqu'au 21 août. Le lambeau, d'une régularité parfaite, recouvrait exactement la plaie, qui était restée blâfarde, pultacée, mais indolore. — Ce jour-là, quelques frissons et l'altération des traits nous firent redouter un premier accès de pyohémie. Cet état se prolongea sans aggravation marquée jusqu'au 27. A partir de cette époque, les symptômes de l'infection purulente devinrent de plus en plus graves, et le malade succomba le 1er septembre.

L'examen microscopique montra qu'une inflammation purulente s'était étendue à l'articulation tibio-tarsienne. Les veines de la jambe étaient remplies de pus sans aucun caillot oblitérateur. Le sang examiné offrait une proportion décroissante de globules de pus depuis les veines tibiales, péronières, saphènes, crurale, iliaque externe et primitives, cave inférieure jusqu'à l'oreillette droite du cœur. Les poumons étaient remplis d'abcès métastatiques.

Dans ce cas, nous regrettâmes vivement de ne pas avoir eu recours dès les premiers jours de la pyohémie, à l'amputation de la jambe. Cette conduite était celle que nous avions recommandée dans notre traité de l'*Infection purulente*, et elle était la seule chance de salut en présence du progrès des accidents. Nous nous laissâmes ébranler par l'espérance d'enrayer la pyohémie, et par des doutes exprimés sur le diagnostic, auxquels nous accordâmes trop d'impor-

tance. La perte partielle de la jambe n'eut pas été une bien grande aggravation à l'état du malade, et nous lui eussions très probablement sauvé la vie. (*Observation XX, Contribution à la Chirurgie, Sédillot*).

Ces deux observations ont été tirées de l'ouvrage de Sédillot, intitulé : *Contribution à la Chirurgie.*

Dans la première, nous trouvons un jeune soldat qui est soumis pendant seize mois à la temporisation, non pas pour obtenir sa guérison, mais pour lui permettre de mourir; c'est l'auteur lui-même qui le dit. Ce n'est qu'au dernier moment, en voyant *la résistance vitale de cette nature énergique,* qu'on se décide à une amputation qui, pratiquée plus tôt, aurait guéri rapidement le malade. Au lieu de cela, on l'a laissé s'affaiblir, faire les frais d'une suppuration abondante qui épuisait ses forces. Aussi, au moment où l'intervention chirurgicale a été décidée, était-on en droit de se demander si le blessé pourrait encore soutenir le choc opératoire. Il l'a supporté cependant, mais aussi la plaie a mis six mois à guérir, et il a fallu à Ronan tout ce long espace de temps pour revenir à la vie et compléter sa guérison. Dans cette circonstance, n'y a-t-il pas eu imprudence à hésiter si longtemps, et quand l'auteur a vu son malade guéri et sortir de l'hôpital, n'a-t-il pas eu des reproches à se faire en se disant qu'en intervenant plus tôt il eût mis ce jeune homme en état de gagner rapidement sa vie, et ne l'eût pas exposé à une mort qu'il n'a évitée pour ainsi dire que par hasard?

Dans la seconde observation, je ne puis adresser de longues critiques à l'auteur, puisqu'il le fait lui-même en se reprochant vivement son hésitation et en regrettant de ne pas avoir tenté l'opération, qui eût, dit-il, sûrement sauvé la vie de son malade. Cet aveu est assez sincère pour qu'il n'y ait pas besoin d'y ajouter quelque chose de plus.

OBSERVATION N° 13.

FRACTURE COMMINUTIVE DU FÉMUR GAUCHE. — MORT.

Bonnet (Gauthier), 33 ans, soldat au 3e de marche, reçoit, au combat d'Orléans, le 4 décembre 1870, une balle qui fracture comminutivement le fémur gauche. Il est amené à l'ambulance de la Visitation dans l'état suivant, avec un appareil de Scultet : Le membre inférieur tout entier est très œdématié; vers le milieu de la cuisse, existent les deux trous de la balle, un en dedans, l'autre en dehors, suppurant beaucoup tous les deux. Au volume du cal qui est en voie de formation, on sent que les esquilles réunies là sont en nombre considérable, et que si elles sont adhérentes en beaucoup de points, elles laissent en d'autres points des interstices nombreux qui constituent de véritables clapiers. Le ventre est œdématié, énorme; état général mauvais, transpiration profuse, inappétence, teint jaunâtre.

Je réapplique l'appareil de Scultet, et, le lendemain, j'explore le trajet de la balle avec le stylet et je constate la présence d'esquilles volumineuses, dont je pratique l'extraction. Je remplace l'appareil de Scultet par une gouttière matelassée.

Il se forme des fusées purulentes le long de la partie inférieure de la cuisse ; je fais des incisions. Progressivement la suppuration diminue, l'œdème disparait, les fonctions reprennent leur vigueur. A la fin de juin 1871, j'applique un appareil de Burgrave, et Bonnet peut marcher avec des béquilles.

Je considérais ce malheureux comme guéri, je me disposais à l'envoyer à son dépôt, lorsque, le 20 juillet, il tomba sur le genou. Des esquilles se déplacèrent sans doute, car il se produisit bien vite

un gonflement douloureux très étendu ; la jointure du genou devint énorme, et au bout de quelques jours, Bonnet succomba. (*Observation XXIX, Fractures par armes à feu, du docteur Chipault*).

OBSERVATION N° 14.

FRACTURE COMMINUTIVE DES DEUX OS DE LA JAMBE GAUCHE. — ARTHRITE TIBIO-TARSIENNE. — POURRITURE D'HOPITAL. — MORT.

Courvoisier (Émile), 24 ans, caporal au 41e de marche, reçoit, le 6 décembre 1870, près Beaugency, une balle qui fracture les deux os de la jambe gauche, à quelques centimètres au-dessus de la jointure tibio-tarsienne. Je commence à soigner Courvoisier au mois de février, trois mois après sa blessure. Les deux trous de la balle suppurent beaucoup ; le pied est énorme et très douloureux ; il est impossible au blessé de faire le moindre mouvement sans pousser des cris ; la jointure tibio-tarsienne est prise par l'inflammation ; j'applique immédiatement une grande gouttière matelassée, sous l'influence de laquelle l'inflammation diminue.

Progressivement, les douleurs se calment, et je puis explorer le trajet de la balle. Cette exploration permet de constater la présence de plusieurs esquilles, que j'enlève ; dès lors, Courvoisier entre dans une meilleure période.

Mais bientôt la pourriture d'hôpital s'empare du trou de sortie ; elle ne cède qu'avec le pansement fait avec la poudre de quinquina et de charbon, et à l'eau-de-vie camphrée ; l'amélioration se produit. Courvoisier peut même marcher avec des béquilles ; mais cette amélioration n'est pas de longue durée.

A peine Courvoisier va-t-il mieux qu'un érysipèle s'empare de tout le membre inférieur : frissons, vomissements, rougeur, douleur

et gonflement tout le long du membre. Les jointures du pied et du genou sont énormes, il se forme des abcès périarticulaires que je suis obligé d'ouvrir. Etat général mauvais ; l'absence de frisson m'engage à ne pas désespérer. Courvoisier prend tous les jours trois fois du vin de quinquina. Mais, malgré ces toniques, l'inappétence et l'envie de vomir persistent.

Cependant, vers la fin de septembre, je commence à remarquer que la physionomie est meilleure, l'appétit se réveille un peu. Moins de douleurs ; l'œdème diminue dans le membre. Les plaies périarticulaires ne donnent plus de pus. Cette amélioration me fait espérer la guérison, mais je suis encore trompé dans mes espérances.

Nouvel érysipèle, suivi d'un grand épuisement, œdème du membre inférieur gauche et du pied droit. Etat général mauvais, inappétence. Courvoisier est mieux au bout de quelques jours, mais cette amélioration n'est pas de longue durée. Il est pris de névralgie intercostale gauche. Il tousse, l'amaigrissement augmente. Le 22 octobre, l'état général est grave. Un abcès se forme à la partie externe de la cuisse gauche, je l'incise ; aucune amélioration ne se produit, et Courvoisier meurt, le 13 novembre, après être resté un an à l'hôpital. (*Observation XXXIII, Fractures par armes à feu, du docteur Chipault*).

J'ai emprunté ces deux dernières observations à l'ouvrage du Dr Chipault, intitulé : *Fractures par armes à feu.* — Les deux malades qui en font le sujet sont restés : le premier, huit mois ; le second, un an à l'hôpital. Pour tous les deux, la guérison a été entravée par une foule d'accidents, qui ont fini par amener une issue fatale ; la fièvre, les frissons, la suppuration ne pouvaient que tuer ces deux organismes déjà si éprouvés ; et c'est alors qu'un semblant

d'amélioration faisait espérer la guérison, que la mort est venue détruire toutes les illusions du chirurgien. Pour le premier, pour Bonnet, qui paraissait complètement guéri et pouvait marcher, la guérison n'était qu'imparfaite, puisqu'il a suffi d'une chute sur le genou pour y déterminer un gonflement considérable, qui amena la mort.

Je ne puis pas laisser échapper cette réflexion du Dr Chipault, qui dit, pour expliquer cette issue funeste : « *Des esquilles se déplacèrent sans doute...* » — Mais alors cet accident qui tua Bonnet, pouvait aussi bien arriver après sa rentrée dans ses foyers. C'était une épée de Damoclès toujours suspendue sur sa tête, et, dans ces conditions, la chirurgie, en lui conservant la jambe, lui avait-elle rendu un réel service ? Je crois qu'il est permis d'en douter. De plus, en me plaçant au point de vue pécuniaire et administratif, une amputation pratiquée à l'hôpital pour cette blessure reçue en service, assurait à Bonnet la pension maxima, tandis que l'accident qui détermina sa mort, et qui aurait pu survenir chez lui, aurait pu être mise sur le compte du hasard, et n'aurait donné aucun droit à sa femme pour une pension.

Dans ces conditions, le chirugien, il me semble, eût eu des reproches à s'adresser, car il faut non seulement songer au présent, mais aussi à ce qui peut arriver dans l'avenir.

Quant au second malade, à ce malheureux Courvoisier, combien de fois n'a-t-on pas espéré la guérison ? Malgré tout, rien n'a pu le sauver. Qui sait, si au lieu de le laisser s'affaiblir au dernier point, l'amputation ne lui aurait pas permis de vivre et de reprendre une nouvelle vigueur?

CONCLUSIONS

Et maintenant, après avoir essayé de montrer par cette discussion et l'exposé des quelques observations dont je l'ai fait suivre, le chirurgien aux prises avec les difficultés de toutes sortes qu'il peut rencontrer dans l'exercice de son art, s'il m'est permis de tirer quelques conclusions de ce travail, je m'empresserai de dire et de proclamer bien haut que la Chirurgie Conservatrice est la première des méthodes, et que chacun doit y recourir chaque fois qu'il est possible de le faire. Les succès sont nombreux, et dans des cas difficiles, elle a étonné par ses résultats et a su récompenser les efforts de ceux qui l'ont employée. Aussi, en la montrant parfois mal aisée à pratiquer, n'ai-je point eu l'intention de la combattre et de nier ses avantages ; j'ai voulu simplement poser quelques restrictions et démontrer qu'en face d'un blessé, le chirurgien a une foule de points à examiner pour savoir s'il doit conserver ou amputer immédiatement.

Je n'ai point essayé de discuter la valeur des procédés opératoires employés. La question si complexe des résections et des amputations a été bien souvent traitée ; en l'effleurant, je n'aurais rien ajouté aux connaissances déjà acquises, et j'aurais été obligé de faire de nombreux emprunts à des travaux plus complets que le mien. Mais de mes observations il me semble ressortir que

souvent le chirurgien est forcé de s'écarter de cette loi chirurgicale qui enseigne qu'il faut amputer le plus loin possible de la racine du membre.

En voulant être trop économe, en effet, on arrive parfois à le regretter, et la nécessité d'une seconde intervention s'impose, parce que, sur la demande du blessé, ou en croyant bien faire, on a voulu lui conserver le plus possible de son membre malade.

Opérer dans des tissus sains est absolument nécessaire, et jamais il ne faut hésiter à couper le bras ou la jambe un peu plus haut, quand on a à redouter l'extension d'une complication qui surgit tout-à-coup.

Mais, à part ces considérations générales et connues de tout le monde, il est un certain nombre d'indications importantes que le chirurgien doit avoir présentes à l'esprit.

En premier lieu, il doit considérer le temps nécessaire à la guérison de la blessure ; et s'il juge que les avantages qu'une amputation immédiate procurera aux blessés sont plus grands que ceux donnés par la conservation du membre, il ne doit pas hésiter et doit préférer le premier parti. En face d'un traumatisme considérable, dont la guérison est absolument douteuse, et qui peut donner lieu aux accidents sans nombre que chacun connaît, il doit se hâter d'opérer pour mettre plus tôt et plus sûrement son malade en état de gagner sa vie.

Enfin, il est des cas où la pratique de la chirurgie est indépendante de la volonté du médecin : ce sont ceux où, placées dans des conditions qui lui sont imposées par la nature des lieux et des circonstances, il est obligé de prendre une prompte résolution et de se montrer plus radical qu'il ne le serait, s'il était entièrement libre d'agir à sa guise. Tel est le chirurgien militaire, aussi bien que le médecin de la marine. Je crois avoir suffisamment

indiqué la situation dans laquelle ils se trouvent en face d'une blessure compliquée.

Pour eux plus que pour tout autre, la chirurgie conservatrice est difficile à pratiquer, et il ne leur reste comme dernier refuge que l'amputation immédiate, avec ses dangers, c'est vrai, mais aussi avec sa facilité d'exécution et de traitement.

En résumé, celui qui est appelé auprès d'un blessé, aura à choisir entre l'une et l'autre méthode, mais il ne devra se décider qu'après avoir mûrement réfléchi et après avoir bien compris, en en pesant tous les termes, au point de vue de l'opération et du malade, ce précepte, résumé en trois mots : *Citò*, *tutò* et *jucundè*.

Vu bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,

DEMONS.

Bordeaux, le 15 avril 1887.

Vu et approuvé :

Pour le Doyen,

L'Assesseur,

P. COYNE.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 16 avril 1887.

Pour le Recteur,

L'Inspecteur d'Académie délégué,

N. ROUMESTAN.

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE CH. THÈZE, RUE CHANZY, 123.